

高齢者生活支援施設 けいわ荘 特別養護老人ホームユニテけいわ	入所申込書
---	--------------

施設長 殿

申 込 日	年 月 日	受 付 日 時	年 月 日
※受付後5年間保存します。			午前 午後 時 分

希望の居室に○をつけてください	多床室	ユニット個室	どちらでもよい

【申込者(身元引受人)】

住 所	〒 _____		
(ふりがな)		入所希望者 とのご関係	
氏 名		携帯電話	()
電話番号	()		

【入所希望者の状況】

(ふりがな)		性 別	男 ・ 女	
氏 名		住民登録	市 ・ 町 ・ 村 ・ 区	
現住所	〒 _____			
		電 話	()	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)			
健康保険	種 別		記号・番号	
年 金	種 別			
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判定 _____ 級(度) _____ 年 月 日)			
介護 保 険 情 報	保険者		被保険者番号	_____
	要介 護 認 定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
		【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められることが必要です。 ①認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる、 ②知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる、 ③家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である、④単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である、という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次のページ以降の各欄に具体的な状況を記載して下さい。		
(認定期間) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている			
	【入所・入院している場合】			
	施設名又は病院名	_____		
(所在地)	市 ・ 町 ・ 村 ・ 区			
入所又は入院期間	平成 年 月 日 ~			

* 氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載して下さい。

	担当ケア マネジャー	氏 名	連絡先	()																																	
		事業所名																																			
入所希望者の 状況	現在利用 している 居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 ()																																			
	※該当する サービスを 全て選んで ください。	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度)〔 〕 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他の生活支援 ()																																			
	※〔 〕内に 事業所名を 記入して ください。																																				
	医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射() <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他() * 結核にかかったことはありますか? ある(歳頃)・ない * 疥癬にかかったことはありますか? ある(歳頃)・ない 【現在治療中の病気】																																			
	※該当するもの を全て選んでくだ さい。	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病 名</th> <th>入・通院医療機関名</th> <th>期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 ~</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 ~</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 ~</td> </tr> <tr> <td>内 服 薬</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>感 染 症</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">【既往症】</td> </tr> <tr> <th>病 名</th> <th>入・通院医療機関名</th> <th>期 間</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 ~ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 ~ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 ~ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>			病 名	入・通院医療機関名	期 間			年 月 ~			年 月 ~			年 月 ~	内 服 薬			感 染 症			【既往症】			病 名	入・通院医療機関名	期 間			年 月 ~ 年 月			年 月 ~ 年 月			年 月 ~ 年 月
病 名	入・通院医療機関名	期 間																																			
		年 月 ~																																			
		年 月 ~																																			
		年 月 ~																																			
内 服 薬																																					
感 染 症																																					
【既往症】																																					
病 名	入・通院医療機関名	期 間																																			
		年 月 ~ 年 月																																			
		年 月 ~ 年 月																																			
		年 月 ~ 年 月																																			
	入所希望者の意向 (入所希望者が自ら申込 んでいる場合を除く)	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ()																																			

立位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えればできる <input type="checkbox"/> できない
座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 背もたれがあればできる <input type="checkbox"/> できない
歩行・移動	<input type="checkbox"/> 自立(歩行)
	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば出来る → <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 壁やタンス
	転倒の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 車椅子(移動は自力で出来ますか？) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	(移乗は自力で出来ますか？) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	麻痺はありますか？ <input type="checkbox"/> 有(右)上肢・下肢(左)上肢・下肢 <input type="checkbox"/> 無
	* 身長 cm 体重 kg
食事状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク
種類	主食・・ <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 全粥ミキサー
	副食・・ <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ソフト食(軟菜) <input type="checkbox"/> みじん切り <input type="checkbox"/> ミキサー
	<input type="checkbox"/> ゼリー食
むせ込みの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> うまく飲み込みができる <input type="checkbox"/> 飲み込みに時間がかかる
トロミの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 義歯 <input type="checkbox"/> 有(上・下) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自歯
排泄状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<尿意> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あったり、なかつたり
	<便意> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あったり、なかつたり
	<input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ(昼夜・夜のみ) <input type="checkbox"/> 紙おむつ(昼夜・夜のみ)
	トイレ誘導をしていますか？ <input type="checkbox"/> している(昼・夜) <input type="checkbox"/> していない(昼・夜)
	* 排泄介助の拒否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 * PTイレ使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
視力	<input type="checkbox"/> 日常的に問題ない <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度
	<input type="checkbox"/> 殆ど見えない(めがねの使用) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
聴力	<input type="checkbox"/> 普通に聞こえる(右・左) <input type="checkbox"/> 耳元で大きな声で聞こえる(右・左)
	<input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない(右・左) 補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
言語	言語障害はありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 失語症
意思疎通	* 自分の思った事を・・・ <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 伝えられない
	* ナースコールを・・・ <input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない
	補足すべき身体の状態について、具体的に記載して下さい。 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin: 10px 0;"></div>

認知症(ある・ない) *ある場合は何歳頃からですか?(歳頃～)

- ①アルツハイマー型認知症
- ②脳血管性認知症
- ③その他()
- ④特に診断は受けていないが、認知症状がある(年齢に伴うものも含む)

症状であてはまる項目に全て○をつけて下さい。

- ①その場の会話は通じるがすぐ忘れてしまう ②会話が成立しない ③何度も同じ事を言う
- ④自分の名前が(言える・言えない) ⑤家族の認識が(できる・できない・出来る時と出来ない時がある)
- ⑥帰宅願望がある ⑦夜寝ない ⑧大声 ⑨不潔行為 ⑩異食(食べ物以外の物を口に入れる)
- ⑪介護拒否・抵抗(暴力・暴言) ⑫タンスの物をいじる ⑬服薬の拒否
- ⑭服を何枚も重ね着をする ⑮火の元や水道の管理ができない
- ⑯家の中をずっと歩いている(外にでたがる) ⑰外に出たら一人で帰ってこれない(保護されたことがある)
- ⑱幻覚(無い物が見える) ⑲幻聴(無いものが聞こえる) ⑳作話

*目が離せない状態ですか?(はい・いいえ)

<ご家族が一番困っている事はなんですか?>

()

精神疾患(ある・ない) 薬の服薬(ある・ない) 薬品名()

<ある場合はどんな症状がありますか?>

()

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年くらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 一年くらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになった時に入所したい
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____
備考		<p>本入所申込書にない事柄で、特に優先的に入所を考慮する必要がある場合は、その状況について詳しくご記入ください。</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

おねがい	<p>入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡して下さい。</p>
------	--

同意確認欄	<p><input type="checkbox"/> 入所申込みに関する情報について、市町村又は県から状況把握の為に提示を求められた場合には、施設がこれを提示することについて同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断する為に必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">入所希望者氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">申込者氏名 _____ (印)</p>
-------	--

説明確認欄	<p>私は入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">(ご本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;">_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____ ()</p>
-------	--